

DE LA
TAILLE PÉRINÉALE
DANS LA CYSTITÉ TUBERCULEUSE

— Importance des larges incisions prostatiques —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉDOUARD VIGNÉ

Né le 5 Août 1874, à Nefflès (Hérault)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

DE LA
TAILLE PÉRINÉALE
DANS LA CYSTITÉ TUBERCULEUSE

— *Importance des larges incisions prostatiques* —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉDOUARD VIGNÉ

Né le 5 Août 1871, à Neffies (Hérault)

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agréé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYEN.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. AUGAGNEUR, Président; M. POLLOSSON Aug., Assesseur; MM. COLLET et CURTILLET Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial.

A MON ONCLE ACHILLE VIGNÉ ET A MA TANTE

Reconnaissance et affection.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse
M. LE PROFESSEUR AUGAGNEUR

A TOUS MES MAITRES
à l'Hôpital et à la Faculté de Lyon.

A MES CHEFS
de l'École du Service de Santé Militaire.

AVANT-PROPOS

L'idée première de ce travail revient à M. le professeur Augagneur, et c'est dans son service que nous avons recueilli les quelques observations que nous apporterons à l'appui de nos opinions.

Depuis les remarquables travaux de M. le professeur Poncet sur la *Cystostomie sus-pubienne* on a beaucoup trop de tendance, nous semble-t-il, à préférer de parti pris la voie hypogastrique à la voie périnéale pour intervenir dans les cas douloureux de cystite tuberculeuse. Mais les résultats de cette nouvelle opération ont été si peu brillants, jusqu'ici du moins, qu'il ne semblera point extraordinaire que nous ayons entrepris aujourd'hui de réhabiliter la « taille » des Anciens. Nous nous efforcerons d'y réussir, sans oublier toutefois que l'extrême bienveillance que n'a cessé de nous témoigner notre

Maître, durant toute cette année scolaire 1894-95, où nous avons très fréquemment suivi son service, ne fait qu'ajouter aux difficultés de notre tâche.

Et maintenant encore, M. le professeur Augagneur veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de ce modeste travail : qu'il nous permette de l'en remercier et de lui témoigner publiquement ici l'expression de notre vive et sincère reconnaissance.

Enfin, sur le point de quitter cette Faculté de Lyon qui nous fut si hospitalière, ainsi que l'Ecole du Service de santé militaire, nous sommes heureux d'adresser tous nos remerciements aux Maîtres si éminents de la Faculté et de l'Hôpital, et à MM. les Médecins-Majors Répétiteurs de l'Ecole, qui ont si puissamment contribué à notre éducation médicale.

DE

LA TAILLE PÉRINÉALE

DANS LA CYSTITÉ TUBERCULEUSE

— Importance des larges incisions prostatiques —

CHAPITRE PREMIER

Symptômes de la Cystite tuberculeuse ;

Importance du symptôme douleur.

Sa pathogénie. — Indications opératoires.

L'histoire de la tuberculose vésicale est de date relativement récente : elle n'est guère connue que depuis ces quinze dernières années, et encore grâce aux travaux de de l'École de l'Hôpital Necker.

C'est surtout chez les hommes qu'on la constate ; fort rare chez les enfants, on en signale cependant quelques cas chez des sujets de quatre à sept ans. Elle est exceptionnelle chez les vieillards et se montre surtout chez les adultes de quinze à quarante ans. Ici, comme ailleurs, dans toutes les manifestations de la tuberculose, l'hérédité joue un rôle important.

Conheim et après lui Fernet, Verneuil, Fournier ont admis la possibilité de la contagion de la tuberculose gé-

nito-urinaire de femme à homme par le coït, comme cela se produit dans la blennorrhagie. Cette opinion nous paraît, après les professeurs Guyon et Duplay, plus que contestable et loin d'être démontrée.

Ce qu'il y a de plus certain, c'est l'inoculation de la vessie par l'intermédiaire des uretères à la suite d'une tuberculose rénale. Cayla dans sa thèse s'est du moins efforcé d'en démontrer la réalité.

Rarement la bacilliose pulmonaire coïncide avec la tuberculose vésicale : celle-ci est primitive dans l'appareil urinaire ; c'est le cas de beaucoup le plus fréquent. Quand elle semble primitive, M. Guyon a montré qu'elle est le plus souvent le fait d'une propagation bacillaire occupant la prostate, les vésicules séminales ou les épидидymes.

Kziwicki sur 15 autopsies de tuberculeux urinaires a trouvé 14 fois la prostate atteinte. Nées au carrefour génito-urinaire, les lésions se propagent par continuité de tissu, soit du côté du testicule, soit du côté de la vessie.

Il importe beaucoup de retenir cette proposition.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, la lésion peut envahir toute la vessie, mais elle affecte une prédilection spéciale pour le bas-fond de l'organe, le triangle de Lieutaud, au voisinage de l'embouchure des uretères. D'après Clado, les granulations tuberculeuses naîtraient dans la vessie, non pas aux dépens de la couche sous-muqueuse, comme l'ont admis à tort la plupart des auteurs jusqu'à ce jour, mais bien dans la muqueuse même et particulièrement dans la partie du tissu muqueux qui est en contact avec l'épithélium vésical, en d'autres termes, dans les couches les plus superficielles.

Clado croit aussi que l'infection tuberculeuse se produit

par la circulation sanguine, grâce au lacis capillaire sous-épithélial, beaucoup plus souvent que par la voie centrale ou urétérique.

Quoi qu'il en soit, au début la lésion est constituée par des masses de granulations tuberculeuses, plus tard ces granulations se ramollissent et donnent naissance à l'ulcération qui correspond à la seconde phase anatomique de la maladie.

L'évolution clinique de la tuberculose vésicale doit être divisée en deux périodes : la première correspond à la phase de crudité des tubercules ; la seconde répond au ramollissement des masses tuberculeuses et à la production de l'ulcération. C'est à cette deuxième période que correspond la cystite proprement dite.

Pendant la première période deux symptômes attirent l'attention : c'est la fréquence des mictions et l'hématurie.

Les hématuries sont un signe important du début et Guyon les a très joliment comparées aux hémoptysies précoces des phthisiques. Et, chose curieuse, elles apparaissent sans causes appréciables, même parfois elles augmentent par le décubitus dorsal. Dans ce dernier cas, elles peuvent à elles seules devenir la cause pressante d'une intervention sanglante. Ces hématuries sont le plus souvent d'origine congestive, ainsi que Tuffier l'a montré dans sa thèse (*Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires*, Paris, 1885). On ne peut guère les confondre avec celles des tumeurs vésicales. En effet, elles sont peu abondantes, ne s'accompagnent pas d'émission de caillots sanguins et se produisent surtout à la fin des mictions. Pour constater ce dernier signe, on met en

pratique l'épreuve si connue et d'ailleurs si classique des trois verres.

La seconde période ou période d'état, de cystite confirmée nous importe davantage : elle correspond, avons-nous déjà dit, au ramollissement des tubercules.

La douleur est le symptôme qui annonce le passage entre la première et la seconde phase de la maladie. Et cette douleur est tellement différente chez les uns et les autres que Guyon a cru devoir distinguer deux grandes catégories de cas : les grands et les moyens. Cette distinction, naturellement, n'est pas absolue. Tous les intermédiaires s'observent : un cas grave, un grand cas peut même se transformer en un moyen, le plus souvent toutefois, c'est la transformation contraire qui se produit.

La douleur est supportable quand elle ne se produit qu'au moment des mictions avec les dernières gouttes d'urine expulsées. Il semble véritablement au malade que son urètre est traversé par un fer rouge. Mais le soulagement qu'il éprouve dès que sa vessie est vide lui fait oublier les quelques secondes d'horrible souffrance qu'il a endurées tout à l'heure et qu'il endurera encore. Car malgré tout, rarement on constate plus de vingt minutes d'intervalle entre les deux mictions.

Cependant les nuits sont relativement bonnes et le malade dépérit peu. C'est ainsi que la cystite se borne à ces trois grands symptômes, sans exagération manifeste d'aucun : fréquence de la miction, douleur pendant celle-ci et à la fin, enfin pyurie plus ou moins abondante.

Les hématuries du début ont à peu près complètement disparu.

Mais combien sont différents les grands cas. Ici encore

la douleur se montre bien pendant les mictions, elle acquiert bien sa plus grande acuité au moment même où sont expulsées les dernières gouttes d'urine, mais elle se prolonge ensuite et toujours sans la moindre accalmie.

Dès le premier jet, le malade ressent une espèce de déchirement dans son canal, auquel succède pendant tout le reste de l'évacuation une sensation de brûlure dans tout l'urètre. Parfois cette sensation est plus accusée au niveau du gland. La douleur arrive au paroxysme au moment où la miction arrive à sa fin. Puis au ténésme de la vessie s'ajoute celui du rectum ; de violentes irradiations se produisent vers le périnée, les cuisses et quelquefois jusqu'aux régions lombaires.

Cet état très douloureux, très intense même au repos complet, est toujours augmenté par les mouvements, par la marche ou la voiture, par la simple station verticale ; si bien que certains malades dont l'aspect général indique simplement la souffrance ont tout à coup dans les yeux une expression d'angoisse poignante dès qu'ils pensent qu'il leur faut bouger pour un besoin quelconque. Car toute vessie douloureuse est intolérante et à la moindre sollicitation répond par un besoin d'uriner : fréquence et douleur sont deux phénomènes concomitants en rapport exact l'un avec l'autre. La douleur cause la contraction, la contraction engendre la douleur, c'est naturel, c'est un cercle vicieux.

M. Hartmann nous dit dans l'introduction de sa thèse avoir toujours présente devant les yeux une pauvre malade, devenue morphinomane, couverte d'abcès consécutifs aux piqûres, qui, la face terreuse, échevelée, constamment assise sur un bassin à expulser avec effort

quelques gouttes d'urine, ne poussait qu'un cri du matin jusqu'au soir ; elle ne trouvait plus, même dans des doses excessives de morphine le soulagement qu'elle y cherchait.

Guyon, dans sa thèse d'agrégation, rapporte aussi l'histoire d'un malade « qui pour favoriser les *efforts* nécessaires à sa miction s'arcboutait sur les mains pendant la nuit, les avait couvertes de durillons dus aux pressions répétées qu'elles avaient à subir ».

Nous-même, avons vu un cas semblable dans le service de notre maître, M. le professeur Augagneur : nous rapporterons d'ailleurs tout au long en temps et lieu l'observation de ce malade (obs. II).

On comprendra facilement que l'état de tels malades soit bien précaire : ils maigrissent très rapidement par excès même de souffrance et portent souvent sur leur visage l'annonce d'une fin prochaine.

Ainsi donc, ce n'est pas seulement l'exagération du symptôme douleur qui nous occupe ici, c'est aussi sa longue durée, sa continuité sans la moindre accalmie sérieuse.

La physiologie pathologique de ces douleurs a été jusqu'ici mal comprise de la plupart des auteurs. Ils les attribuent, en effet, à une contracture du col vésical. Or, si celle-ci existe, elle n'est ordinairement pas très violente, car le col se laisse franchir par les instruments, même les explorateurs à boule supportée par une tige souple, dans les moments des crises les plus douloureuses.

Les travaux de Guyon sur la physiologie normale et pathologique de la vessie ont montré que la sensibilité était bien plus accusée à la distension du réservoir qu'à

l'attouchement du col. Et ce que faisait prévoir l'étude de la physiologie normale est confirmé par la physiologie pathologique.

L'observation des malades atteints de cystite chronique douloureuse établit que les crises douloureuses, atroces, dont ils souffrent, sont liées à une contracture de tout l'appareil musculaire lisse de la vessie. Hartmann dit fort bien : « Il y a une colique vésicale absolument analogue à la colique intestinale, à la colique hépatique, à la colique utérine. Comme toutes les autres coliques, elle est due à la contracture douloureuse d'un appareil musculaire lisse : dans l'espèce, le muscle vésical.

Or, par suite de sa sensibilité exagérée par l'inflammation, le muscle vésical ne se laisse pas facilement distendre dans la cystite tuberculeuse douloureuse : la vessie perd beaucoup de sa capacité physiologique ; elle est pleine dès qu'une petite quantité d'urine y est accumulée et pleine elle se contracte. D'où ce symptôme que nous avons signalé : fréquence des mictions.

La douleur le précède, l'engendre et le suit, c'est là ainsi que nous l'avons dit un cercle vicieux.

Voilà certes une explication pathogénique très vraisemblable. Mais le muscle vésical lisse doit-il être seul mis en cause ? Les douleurs ainsi que toutes les observations le démontrent sont surtout ressenties par le malade au fond de l'urètre ; or il se trouve à ce niveau un muscle strié puissant, le sphincter urétral, dont le rôle nous paraît devoir être mis en lumière. Et à ce propos nous ne saurions mieux faire que de rappeler ce qui se passe dans le cas de fissure anale. La lésion est le plus souvent insignifiante, c'est une petite érosion, une ulcération

imperceptible, et cependant quels symptômes terribles! La région anale est le siège de douleurs atroces, continues, avec des crises horriblement douloureuses que le malade cherche en vain à calmer par les positions les plus bizarres. Ces souffrances deviennent parfois plus vives au moment de la défécation, mais une détente momentanée suit cet acte douloureux et se prolonge pendant quinze à vingt minutes; puis la crise recommence, plus pénible et plus douloureuse encore : sensation de brûlure comparée à celle que produirait l'introduction dans l'anus d'une tige de fer rouge, sentiment de constriction atroce, d'arrachement horriblement pénible; on ne peut imaginer les comparaisons dont se servent les malades pour traduire cette souffrance qu'ils éprouvent. Outre cette douleur locale, des élancements douloureux s'irradient vers la vessie, le périnée, le petit bassin. Cette crise persiste pendant plusieurs heures, cinq et six et jusqu'à dix heures; il n'est pas rare de voir des malheureux fissuriques chercher à se détruire au milieu d'un accès.

Tel est le tableau de la maladie confirmée; ne ressemble-t-il pas d'une manière frappante à celui que nous avons tracé de la cystite tuberculeuse douloureuse? Et de ce rapprochement naît tout naturellement cette idée que le rôle joué dans les cas de fissure anale par le releveur de l'anus, muscle puissant, pourrait bien l'être par le sphincter urétral dans le cas qui nous occupe ici.

Il était nécessaire d'insister sur ce point. En effet, d'une telle façon de comprendre l'extrême douleur dans les cystites tuberculeuses découlera nécessairement et logiquement un mode de traitement palliatif.

Mais, procédons par ordre et voyons d'abord ce que l'on

peut faire dans les cas moyens. Ici nous ne saurions trop être de l'avis de M. le professeur Guyon, quand il dit : « Les tuberculeux de la vessie se trouveront toujours bien de fuir les chirurgiens et de se confier aux médecins, ou tout au moins aux médications. Ils feront d'autant mieux que bien que la chirurgie ne soit pas pour eux impuissante, elle ne peut encore leur assurer la guérison. »

Et le traitement médical tout le monde le connaît, c'est toujours le même; il a pour but d'augmenter les forces de résistance de l'économie, d'activer sa nutrition. Les frictions sèches, les bains sulfureux ou salés, le repos à la campagne, au bord de la mer, dans le Midi, le traitement thermal à Salies-de-Béarn, Luchon ou la Bourboule, enfin les préparations arsénicales, créosotées, l'huile de foie de morue, jointe à une alimentation substantielle suffisent à cet égard. De ce traitement général, il faut éliminer toutes substances capables d'influencer la vessie, et les alcooliques sous toutes les formes; les préparations employées comme stimulants de l'estomac, telles que la noix vomique, les épices doivent être rigoureusement proscrites.

Localement une série d'agents ont été proposés soit pour modifier la muqueuse, soit pour atteindre l'élément spécifique; et ils paraissaient d'autant plus indiqués que la tuberculose vésicale reste pendant longtemps exclusivement localisée à la muqueuse. Le nitrate d'argent a été infidèle, l'iodoforme est insuffisant. Les solutions de sublimé à 1/1000 à 1/2000 employées en lavages n'ont pas donné des succès bien marqués. Seules les instillations de ce liquide, pratiquées à certains titres ont rendu

quelques services. On l'emploie de 5/1000 à 1/1000, et à doses variant de XVI à XL gouttes.

Le malade est d'ailleurs son meilleur médecin, et tant que le mal est supportable, il le prend en patience et ne réclame aucune intervention sanglante. Car c'est à un tel traitement qu'il faut songer dans les grands cas, ceux dans lesquels les injections de morphine, les ingestions de médicaments sédatifs, les suppositoires, les lavements à l'opium, le chloral à doses relativement élevées, la cocaïne ne produisent aucune amélioration du symptôme douleur.

Voudrait-on, par exemple, faire des injections vésicales, ce qui était dix comme douleur au contact devient cent comme douleur à la distension. La vessie entre immédiatement en révolte et rejette le liquide injecté qui ressort, non seulement par la sonde, mais entre la sonde et le canal. Tous les signes de la cystite s'exagèrent souvent pour plusieurs jours, s'il est possible de voir s'exagérer une douleur qui, auparavant déjà, ne laissait ni trêve, ni repos au malade. N'oublions point qu'il ne nous est pas trop permis de songer à une action curative, et pour la raison majeure qu'un tuberculeux, arrivé à un pareil état, a des tubercules plus que dans la vessie : il en a aussi dans sa prostate, dans ses vésicules séminales, dans ses épидидymes ; il en a surtout dans ses reins et, ce qui le prouve, ce sont ces deux simples mots qu'on lit à la fin de beaucoup d'observations de malades opérés et immédiatement soulagés : « Mort d'urémie deux, trois ou quatre mois après. »

Ainsi donc le chirurgien n'a droit qu'à une intervention palliative. Alors non seulement il y a droit, mais encore

il a le devoir de la proposer au malade, si celui-ci ne la lui a déjà demandée. « On peut, on doit même, dit M. Edmond Blanc dans la *Gazette Médicale de Paris* du 28 juillet 1888, procurer aux malheureux vésicaux avec le soulagement de leur douleur, l'illusion d'une guérison complète, quand déjà les lésions vésicales avancées font prévoir la fin prochaine. C'est une opération palliative et morale à la fois. »

On voit déjà ce que sera cette opération ; il s'agit simplement de mettre l'appareil urinaire au repos, de supprimer ses contractions incessantes et douloureuses, qui aggravent l'état morbide par suite des mouvements continuels qu'elles impriment aux parties enflammées. Nous l'avons déjà dit, la douleur cause la contraction, la contraction engendre la douleur ; il faut rompre ce cercle vicieux en s'attaquant à l'un quelconque des facteurs.

Le traitement chirurgical s'adresse au phénomène contraction et le problème est résolu très simplement par l'ouverture de la vessie et l'incision du sphincter urétral, son action est identique à celle de l'appareil inamovible qui, immobilisant une articulation dans une bonne situation, apaise les douleurs et calme l'inflammation (Hartmann, thèse).

Grâce en effet à l'ouverture faite à la vessie, on peut mettre dans celle-ci un drain qui, pourvu que son fonctionnement s'exécute d'une façon régulière, évacuera l'urine à mesure qu'elle arrivera des uretères. Il n'y aura plus de distension de la vessie, plus de contraction du sphincter urétral. Les muscles vésical et urétral n'étant plus soumis à leur excitation habituelle cesseront de se con-

tracter et comme c'était leur contraction qui était douloureuse, il n'y aura plus de douleur.

Ce résultat, auquel nous sommes naturellement amené par la logique du raisonnement est parfaitement confirmé par les données de l'observation clinique. « Tel malade, qui souffre, presque d'une façon constante, de douleurs intolérables, voit sa douleur cesser subitement et comme par enchantement, dès que par un moyen quelconque (le drainage constitue le plus *efficace*), l'évacuation continue de la vessie est assurée. Pas de distension, pas de contraction, pas de douleur. Voilà trois phénomènes qui se suivent, s'enchaînent et dépendent chacun du précédent. » (Hartmann, Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites, *Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1887).

CHAPITRE II

Taille périnéale dans la cystite tuberculeuse ; Historique. — Procédés opératoires employés à l'Antiquaille et par M. Guyon. Observations.

L'idée de drainer la vessie pour traiter une cystite n'est pas née d'hier. François Collot (*Œuvres posthumes*, Paris, 1727, p. 235) dit que, lorsque le mal est trop grand et qu'il résiste au traitement, il faut avoir recours aux remèdes rigoureux ; on doit faire une incision au périnée, y entretenir une canule pour un temps, tirer les urines et les matières corrompues, faire de bonnes injections de la vessie. » J. L. Petit, dans le cas où la cavité de la vessie est diminuée par la « crispation » propose de même de faire une boutonnière péritonéale.

Nous savons que C. Philipp en 1803, Brizard en 1804, Guthrie et après Jonas, Bouchardat en 1806 ont pensé à soulager les malades atteints de cystites douloureuses par la taille périnéale.

Toutefois, nous remarquons avec étonnement que cette sage pratique était restée isolée et durant une bonne moitié de ce siècle, les vessies enflammées n'étaient guère ouvertes que par suite d'erreur de diagnostic ou pour obéir à des théories purement hypothétiques.

Cheselden, Dupuytren, Roux, Desault, Liston, ont fait des tailles, n'ont pas enlevé de calculs et néanmoins leurs malades ont été soulagés.

Fergusson fendit le périnée d'un de ses malades avec l'idée de sectionner le plexus nerveux et les parties irritables du col de la vessie : il obtint un soulagement.

C'est même l'observation de ces faits qui conduisit les chirurgiens, d'une façon toute empirique d'ailleurs, à agir de propos délibéré par une intervention opératoire contre les inflammations vésicales. Parker, en 1850, fut un des premiers à intervenir chirurgicalement. En 1867, James Mac-Craith à Smyrne, E. Bickersteth à Liverpool, Eve à New-York, publièrent chacun de leur côté une observation de cystostomie pour cystite.

Peu de temps après, les gynécologues américains érigèrent comme méthode de traitement des cystites graves chez la femme, l'incision de la cloison vésico-vaginale, la colpocystostomie, pour employer la dénomination donnée par Montrose-Pallen à cette opération.

La priorité en est disputée. Emmet semble cependant être le promoteur de la méthode : les premières observations qui aient été publiées lui sont dues. On les trouve dans son livre *Sur la fistule vésico-vaginale*, publié en 1868. C'est sur le conseil de Sims, qu'après une ablation de calcul chez une femme atteinte de cystite extrêmement douloureuse, il fut amené à laisser la vessie ouverte pour la faire

reposer. Frappé du bon résultat obtenu, il créa ultérieurement des fistules dans des cystites rebelles, afin de laisser l'urine s'écouler librement au dehors.

Presque vers la même époque, et dans un but complètement différent, afin de parfaire un diagnostic, les chirurgiens anglais et allemands, Thompson et Simon en particulier multiplièrent les incisions exploratrices de la vessie. Ces opérations, en même temps qu'elles montrèrent l'innocuité de l'ouverture et du drainage de la vessie, établirent que l'on pouvait trouver là un excellent mode de traitement de l'*irritable bladder* de la vessie douloureuse.

Aujourd'hui ce mode de traitement est mis en pratique par tous les chirurgiens; l'ouverture de la vessie est devenue une opération classique; elle est inoffensive, grâce aux précautions antiseptiques et aux procédés d'hémostase, soit que l'on intervienne par la voie périnéale, ou par la voie sus-pubienne. D'ailleurs il suffit pour s'en convaincre de consulter les statistiques de ces vingt dernières années (*Traité de chirurgie*, t. VII).

Taille périnéale

1° Pour calculs	8,5	pour 100 de mortalité
2° Pour tumeurs	28,3	— —
3° Pour tuberculoses. . . .	0	— —

Taille hypogastrique

1° Pour cystites	0	pour 100 de mortalité
2° Pour calculs	28,4	— —
3° Pour corps étrangers	0	— —
4° Pour tumeurs	29,1	— —
5° Pour tuberculoses. . . .	0	— —

En tout, 12,2 pour 100 de mortalité post-opératoire dans les interventions sur la vessie par le périnée et 11,1 dans les interventions par l'hypogastre.

Pour le cas particulier qui nous occupe, la tuberculose vésicale, c'est la même proportion négative, c'est-à-dire 0 pour 100.

Nous n'aurions donc point à ce sujet à préconiser la voie périnéale, plutôt que la voie hypogastrique, si la première n'était plus facile, du moins à notre avis et à celui de beaucoup d'auteurs (Hartmann, Ogier).

Et ainsi sommes-nous tout naturellement amené pour le démontrer à décrire quelques procédés opératoires :

La taille périnéale consiste à aborder la vessie par le périnée pour y parvenir on a proposé et pratiqué les incisions les plus variées, mais toutes en somme avaient pour but de créer une voie aussi large que possible en ménageant le bulbe de l'urètre en avant et le rectum en arrière. Ces différents procédés portent le nom de taille médiane, taille latérale, taille latéralisée, taille prérectale de Nélaton, anciennement taille bilatéralisée de Dupuytren.

Cette dernière est la plus appliquée à notre époque : c'est celle que nous avons vu très simplement pratiquer par notre maître, dans son service de l'Antiquaille, avec toutefois une légère modification que nous allons signaler :

Le malade anesthésié est placé dans la position de la taille ; son périnée est rasé et lavé soigneusement. Le chirurgien introduit un cathéter dans la vessie. Le cathéter en place, au lieu de faire à 1 centimètre environ de l'anus une incision demi-circulaire, qui circonscrit pour ainsi dire parfaitement l'orifice anal, M. Augagneur pra-

tique de chaque côté du raphé une incision oblique de haut en bas, et de dedans en dehors, se terminant sur le milieu exactement d'une ligne hypothétique qui unirait le milieu de l'anús à l'ischion. Les deux incisions obliques se rejoignent sur le raphé médian à 2 cm. 1/2 environ en avant de l'anús, formant par leur rencontre un angle aigu. Quand la peau s'est retirée, la ligne d'incision prend la forme d'un cœur de carte à jouer. Déposant alors le bistouri, à l'aide de la sonde cannelée, on débride jusqu'à ce que l'on arrive à sentir le cathéter, mettant et remettant le doigt dans la plaie pour s'assurer de la situation.

Si l'on y tient, mais cela n'est nullement nécessaire le doigt pourra être de temps en temps introduit dans le rectum, afin de ne pas abandonner sa paroi antérieure et d'arriver en la suivant jusqu'au cathéter.

Dès qu'on sent celui-ci au niveau de la prostate, ponction à ce niveau, introduction du lithotome double de Dupuytren dans l'ouverture et incision de la prostate suivant ces deux grands diamètres obliques postérieurs.

La taille, simplement latéralisée, est pratiquée d'une façon très analogue. Elle diffère de la bilatéralisée en ce sens qu'on ne fait qu'une incision oblique cutanée et que, le lithotome étant simple, la prostate n'est incisée que suivant un diamètre oblique postérieur, le droit ou le gauche au choix de l'opérateur.

Quelquefois ces manœuvres sont suivies d'un léger écoulement de sang exhalé par la muqueuse vésicale. Cet écoulement est d'ailleurs de peu d'importance et cède rapidement à un simple lavage de la vessie.

Pour notre part, les deux fois où nous avons eu l'occasion de voir pratiquer la taille périnéale pour le sujet qui

nous occupe ici, nous avons été étonné de la rapidité avec laquelle l'opération a été faite, de sa simplicité et du peu de sang perdu par le malade. Quatre ou cinq minutes avaient suffi et on n'avait employé que quelques pinces hémostatiques.

Avant de faire le pansement on place à demeure dans la vessie une sonde de calibre n° 25 environ. Les sondes qui nous paraissent remplir le mieux leur rôle sont les sondes molles en caoutchouc rouge ; il faut avoir soin d'en choisir une présentant une certaine rigidité. Mais un drain peut remplacer la sonde, à notre avis il est même préférable. Le drain, mis en place, est fixé par des liens qui embrassent la racine de la cuisse de chaque côté et sont reliés à un bandage de corps. Il faut, avant de terminer le pansement, s'assurer par le toucher rectal que tout est bien en place ; il est même utile, mais non nécessaire toutefois, d'attendre un instant pour voir si le goutte à goutte de l'urine s'établit d'une façon régulière.

Et si nous insistons minutieusement sur la façon de placer le drain, c'est que nous attachons une grande importance à l'établissement d'un bon drainage : de celui-ci dépendent beaucoup les effets palliatifs de la douleur et il sera peut-être nécessaire de le faire durer très longtemps.

Le drainage fonctionne, on bourre la plaie de languettes de gaze stérilisée, complétant le pansement avec des tampons de gaze. Un mackintosh, percé d'un trou pour le passage de la sonde ou du drain, recouvre le tout et est fixé par un bandage en T.

Naturellement, chaque chirurgien modifie légèrement et à sa guise le manuel opératoire : il n'en reste pas moins évident que l'opération en elle-même, pour si peu qu'on ait

l'habitude de la pratiquer, est d'une grande simplicité, en même temps que d'une sûreté à l'abri de toute critique.

Voici la façon d'opérer du professeur Guyon (thèse de Miranda, avril 1895) : Après introduction dans la vessie d'un cathéter cannelé, il fait sur la peau du raphé médian une incision longitudinale de 3 centimètres, laquelle vient se terminer à 1 centimètre environ de l'orifice de l'anus.

Perpendiculairement à cette incision, il pratique de chaque côté deux petits débridements latéraux qui agrandissent le champ opératoire. Incision des parties profondes en arrière du bulbe, jusqu'au niveau de la région membraneuse ; puis, incision de l'urètre sur le cathéter et dilatation consécutive de la boutonnière au moyen de son dilateur à mandrin. Lavage de la vessie. A travers la boutonnière périnéale, Guyon introduit dans la cavité vésicale une grosse sonde de Pezzer qui va assurer d'une façon non interrompue le drainage de la cavité. Plus tard, quand l'indication se présente, le drainage est supprimé et la plaie périnéale ne tarde pas à se cicatriser.

Le chirurgien anglais Thompson, enthousiaste de la taille périnéale, opérait à peu près ainsi et avec une rapidité remarquable.

Cependant, d'ores et déjà, nous tenons à déclarer que nous préférons, à la simple dilatation du professeur Guyon, la taille bilatéralisée ainsi qu'elle est pratiquée à l'Antiquaille par le professeur Augagneur. Et cela, parce que nous attachons une très grande importance aux deux larges incisions de la prostate suivant les deux diamètres obliques postérieurs. Nous dirons pourquoi dans le prochain chapitre.

Quant aux craintes de certains chirurgiens, à cause de la blessure possible du bulbe, de la perforation du rectum, de la section des plexus prostatiques, et des canaux éjaculateurs, elles sont purement chimériques. Nous ne voulons même point nous y arrêter.

Le seul accident qui serait à redouter, à notre avis, c'est la blessure d'un gros vaisseau, l'artère transverse du périnée et encore l'hémorragie qui en serait la conséquence serait vite arrêtée par une pince hémostatique. Que les anciens eussent à redouter les hémorragies primitives, cela se conçoit; ils ne disposaient pas en effet des moyens d'hémostase puissants que nous donne la forcipressure.

Aussi croyons-nous qu'on ne peut baser sur la crainte d'un tel accident l'indication de la taille hypogastrique.

Et maintenant, nous croyons bien faire de placer ici nos observations; elles montreront tout de suite que la taille périnéale a parfaitement réussi chaque fois à calmer les douleurs intolérables de nos malades, but que le chirurgien doit poursuivre avant tout.

Quant au mode d'action de cette opération, il nous a paru naturel de l'étudier seulement dans un troisième chapitre, après avoir donné quelques notions très générales sur la cystostomie sus-pubienne.

OBSERVATION I (Inédite).

Tuberculose vésico-épididymaire. — Symptômes de fissure anale. — Taille périnéale. — Cessation des douleurs. — Guérison persistante.

M... Jean, trente-deux ans, menuisier.

Le malade entre le 14 octobre 1893 à l'Antiquaille, service de

M. Cordier, pour des troubles persistants de la miction, dont le début remonte au mois de mai 1892.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, le malade n'accuse qu'une blennorrhagie survenue vers le mois de mai 1892, deux mois environ avant le début de son affection présente. Celle-ci a commencé par des douleurs qui survenaient à la fin de la miction, douleurs qui n'ont pas tardé à s'accompagner de l'écoulement de quelques gouttes de sang. A ce moment pas de douleurs dans l'intervalle des mictions. Bon appétit, bon état général, si bien que le malade a continué à travailler.

Au bout d'un an cependant les douleurs à la fin des mictions se sont exagérées et celles-ci sont devenues plus fréquentes. Alors le malade s'est aperçu qu'il maigrissait, et devant les progrès très lents mais incessants de sa maladie, il a perdu peu à peu tout entrain.

Aujourd'hui le malade est maigre et affaibli. Il urine souvent, toutes les demi-heures environ, et quelques caillots de sang suivent l'émission des urines.

On explore son canal; pas de rétrécissement de l'urètre; la sonde en caoutchouc rouge n° 28 passe aisément.

Le malade est traité par le repos et les reconstituants.

1^{er} janvier 1894. — M. Augagneur prend la direction du service. L'état du malade est le suivant :

Plus de sang à la fin des mictions; celles-ci sont devenues plus douloureuses et plus fréquentes. Polyurie trouble. Douleurs lombaires assez vives, bien localisées du côté droit.

1^{er} mars. — Les symptômes douleur s'est considérablement exagéré.

Le malade ne peut rester dans son lit. Il passe le temps accroupi sur un urinal, faisant de violents efforts de miction et expulsant, au prix d'intolérables douleurs, quelques gouttes d'urine trouble. La muqueuse rectale prolabée fait saillie au dehors, violacée, et les efforts font rejeter par l'anus des pelotons muqueux légèrement sanguinolents.

Ces symptômes rectaux avaient déjà existé en 1892, époque à laquelle le malade avait fait un séjour à l'hôpital de la Croix-Rousse.

L'état général est très mauvais. L'appétit a disparu, le malade s'amaigrit, épuisé par l'inanition, la douleur et l'insomnie. Léger mouvement fébrile le soir.

Devant un tel état, M. Augagneur se décide à intervenir ; taille périnéale latéralisée suivie de l'introduction d'un drain dans la vessie. Rien de particulier à signaler au sujet de l'opération.

2 mars. — Pas de fièvre ; le malade a passé une bonne nuit, et il se trouve notablement soulagé.

4 mars. — La douleur a disparu ; l'urine coule par le drain ; elle contient toujours du pus. L'appétit revient.

10 mars. — Amélioration considérable. Seules quelques douleurs se font sentir au niveau du rein droit.

20 mars. — Le malade accuse quelques douleurs dans le testicule gauche : on constate la présence d'un noyau épидидymaire.

1^{er} avril. — Le drain a été retiré de la plaie périnéale ; depuis quelques jours le malade urine par la verge sans aucune douleur. L'état général devient de jour en jour meilleur.

Le malade se plaint de ténésme rectal persistant. Contre ces symptômes de fissure, M. Augagneur pratique, après anesthésie, la dilatation digitale du sphincter anal. Disparition immédiate et complète du ténésme.

9 avril. — Persistance d'une légère fistule périnéale par où s'écoule encore l'urine. Celle-ci contient beaucoup moins de pus. Le malade se lève.

30 avril. — La fistule périnéale est complètement fermée. Les douleurs à la miction n'ont pas reparu et le malade n'urine que toutes les heures environ : urine peu trouble. Enfin son état général est devenu si bon qu'il demande à quitter l'hôpital pour aller reprendre son travail.

Cependant il persiste encore quelques douleurs au niveau du rein droit.

Janvier 1895. — Le malade a été revu aujourd'hui : il ne souffre point en urinant, mais a encore une certaine fréquence de mictions. Quelques douleurs au niveau du rein droit. Le noyau épидидymaire gauche n'a pas sensiblement augmenté. Le malade a

repris de l'embonpoint, ses forces sont revenues : il mange et dort régulièrement, enfin il a repris son métier de menuisier.

OBSERVATION II (Inédite).¹

Tuberculose vésico-prostatique. — Taille latéralisée.

Cessation des douleurs. — Guérison complète.

V... Fleury, trente-six ans, peintre. Entre le 5 juin 1894 pour des troubles de la miction, dont le début remonte à deux mois. Pas d'antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels, on relève une blennorragie bénigne il y a dix ans, et, en octobre 1893, des rhumatismes qui ont obligé le malade à garder le lit deux mois et demi.

Il y a deux mois que le malade ressentit pour la première fois, à la fin de ses mictions, comme une espèce de déchirement assez douloureux au fond de son canal ; il ne vit point de sang, ses urines étaient toujours claires et peu abondantes, quoique déjà il eût de la pollakiurie.

Toutefois la douleur n'a pas tardé à survenir au début de la miction pour durer ensuite aussi longtemps que celle-ci. Dans ces derniers temps le malade a maigri beaucoup, il a perdu l'appétit.

Actuellement il urine le jour toutes les dix minutes, et la nuit vingt ou vingt-cinq fois : les douleurs dans l'intervalle des mictions sont continues, sans rémission notable ; elles s'exaspèrent encore au moment de la miction et à la fin de celle-ci, de telle sorte que le malade ne sait quelle position prendre pour atténuer ses souffrances. Jamais de sang. Les urines sont abondantes et troubles. Elles forment par le repos un dépôt purulent.

A l'exploration du canal avec l'explorateur à boule, on ne trouve pas de rétrécissement. Prostate irritable. Mucus ramené par le talon de la bougie.

Au toucher rectal, prostate sensible. La vésicule séminale gauche semble faire une légère saillie indurée qu'on sent au-dessous de la prostate.

A l'aide de l'explorateur métallique, vessie irritable, assez grande, pas de contraction. Le bas-fond vésical paraît grand : on fait faire un tour complet à la sonde ; un peu de sang est ramené par celle-ci.

Au testicule gauche, noyau épидидymaire induré.

Le dépôt purulent formé par le repos des urines examiné au microscope montre de nombreux globules de pus, des cellules épithéliales et surtout des cristaux de formes variées.

On soumet le malade au repos et à un régime reconstituant.

9 juin. — Pas d'amélioration dans l'état douloureux. On trouve un tout petit noyau à l'épididyme droite. Le malade mange peu et s'amaigrit rapidement. M. Augagneur ne se décide pas encore pour l'intervention.

19 août. — Le repos n'a donné qu'un faible résultat : le pus a disparu des urines qui sont maintenant très claires.

6 septembre. — Ces derniers jours, l'état douloureux a empiré. Maintenant le malade passe presque toute sa nuit accroupi sur son vase, faisant des efforts désespérés pour achever ses mictions. Il gémit constamment et porte sur son visage l'expression d'une souffrance très aiguë.

Il a perdu complètement l'appétit et l'amaigrissement fait des progrès. Dès qu'il a une minute de repos, il est couvert de sueurs abondantes. Polyurie trouble.

7 septembre. — En présence d'un tel état, M. Augagneur fait au malade une taille périnéale latéralisée. Introduction d'un drain dans la vessie.

8 septembre. — Nuit excellente par rapport aux précédentes ; le malade a reposé et a souffert très peu. Pas de température.

9 septembre. — Les douleurs ont complètement disparu ; l'urine passe toute par le drain.

10 septembre. — L'appétit revient ; le malade est très gai ; il ne souffre pas du tout.

15 septembre. — Quelques gouttes d'urine ont passé par le canal et ont occasionné une légère douleur.

L'état général du malade s'améliore de jour en jour.

20 septembre. — Le malade urinant sans douleur par son canal,

on enlève le drain et on fait un pansement soigné pour hâter la guérison de la fistule périnéale.

28 septembre. — Les douleurs n'ont pas reparu. Le malade se lève.

30 septembre. — La fistule périnéale est fermée, le malade a considérablement repris des forces. Il urine environ toutes les deux heures, mais sans aucune douleur.

10 octobre. — Le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri de ses douleurs à la miction et méconnaissable.

15 octobre 1895. — Durant le cours de cette année nous avons revu plusieurs fois le malade aux consultations gratuites du mardi. Il a repris son métier de peintre depuis sa sortie de l'hôpital et jamais depuis il n'a souffert en urinant. Il persiste seulement une certaine fréquence des mictions : il urine à peu près toutes les deux heures.

Son état général est excellent.

Ici par conséquent la taille périnéale a produit plus qu'une action palliative : elle a certainement amené la rétrocession des foyers tuberculeux vésicaux.

OBSERVATION III (Inédite)

Tuberculose vésico-épididymaire. — Hématuries très douloureuses. — Taille périnéale : suppression des hématuries et de la douleur.

R... Jean-Joseph, trente ans, cultivateur. Entré le 20 octobre 1894.

Pas d'antécédents héréditaires.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels.

Les troubles de la miction dont se plaint le malade ont débuté,

il y a deux ans, par les phénomènes suivants : fréquence des mictions, le besoin d'uriner se faisait en effet sentir toutes les heures environ, parfois quelques gouttes de sang accompagnant les dernières gouttes d'urine : pas de douleurs.

Cet état a peu empiré.

Cependant, depuis deux mois le malade a eu à plusieurs reprises des accès douloureux de rétention, d'une durée de six, huit, et même douze heures, qui l'ont considérablement effrayé : jamais on n'a été obligé d'intervenir. La fonction urinaire s'est à chaque fois rétablie d'elle-même, mais en s'accompagnant dans la région du col de douleurs assez vives.

Aujourd'hui, il ne se plaint d'aucun autre phénomène et il entre à l'hôpital avec de la pollakiurie, quelquefois de l'hématurie et des accès de rétention.

A l'exploration du canal, on ne peut pas passer une bougie plus grosse que le n° 13, on passe péniblement l'explorateur de Thompson : pas de corps étrangers.

Au toucher rectal, la prostate est un peu grosse.

Les urines recueillies depuis hier renferment du sang.

26 octobre. — On sonde le malade et la sonde ramène un peu de liquide sanguin.

Testicule et épидидyme sains.

30 octobre. — Le malade commence à souffrir beaucoup à la fin de ses mictions. Son état général est excellent ; il ne transpire pas la nuit.

3 novembre. — Les mictions sont fréquentes, presque toutes les heures ; elles sont accompagnées de douleurs assez vives qui persistent dans leurs intervalles. Les urines renferment toujours du sang en assez grande quantité.

19 novembre. — Le malade s'affecte beaucoup de ce que son état est toujours le même ; il perd l'appétit et se laisse aller au découragement.

Cependant l'intervention n'est pas encore indiquée.

29 novembre. — Hier le malade a eu de la dysurie ; il a été sondé deux fois ; à chaque fois, il ne restait dans sa vessie qu'un verre d'urine sanglante.

6 décembre. — Hématuries très douloureuses ; le malade s'affecte de plus en plus.

12 décembre. — L'état du malade est toujours le même ; il urine très souvent avec beaucoup de douleurs et ses urines sont sanglantes.

On se décide à intervenir.

M. Augagneur pratique la taille périnéale latéralisée suivie d'un drainage de la cavité vésicale.

13 décembre. — Le malade a une température normale ; il n'a pas souffert cette nuit et paraît tranquille.

15 décembre. — Les douleurs n'ont pas reparu depuis l'opération. Cependant les urines qui s'écoulent par le drain périnéal renferment toujours du sang.

20 décembre. — Toujours pas de douleur. Le malade reprend courage. Ses urines sont à peine rosées et font très peu de dépôt.

6 janvier. — Les urines ne renferment plus de sang. Depuis quelques jours le malade urine par son canal et souffre à peine.

10 janvier. — Le drain est enlevé, car le malade ne souffre plus en urinant ; cependant les mictions sont toujours fréquentes.

14 janvier. — Urines claires, avec au fond du vase un simple dépôt muqueux : le malade urine moins souvent, il résiste mieux au besoin d'uriner.

25 janvier. — Même état satisfaisant ; la fistule périnéale est à peu près fermée.

4 février. — Le malade dit avoir pissé hier un peu de sang.

5 février. — L'hématurie de la veille ne s'est pas reproduite.

10 février. — Les douleurs n'ont pas reparu ; le malade urine facilement, mais le jet est filiforme.

22 février. — On passe une fine bougie numéro 4.

25 février. — Même manœuvre.

1^{er} mars. — Bon état général ; la fistule périnéale est tout à fait fermée.

11 mars. — Le malade ne peut pas uriner par la verge ; ses efforts sont vains.

On passe le conducteur numéro 4.

14 mars. — On passe une bougie numéro 8.

Les 24 et 25 on passe les bougies numéro 14 et numéro 17 sans douleur.

1^{er} avril. — On constate un testicule tuberculeux du côté droit.

2 avril. — On passe facilement la bougie numéro 17.

20 avril. — Le malade présente un abcès tuberculeux du scrotum à droite.

9 mai. — Depuis longtemps le malade urine très facilement par la verge et sans aucune souffrance.

25 mai. — L'état général du malade est très bon; ses appréhensions au sujet de sa guérison ont disparu. Il demande à quitter l'hôpital. L'abcès scrotal est guéri.

30 mai. — Le malade quitte l'hôpital tout à fait amélioré.

OBSERVATION IV (Inédite).

Cystite tuberculeuse. — Tuberculose testiculaire. — Taille périnéale : amélioration. — Mort quatre mois après de tuberculose généralisée.

D... François, trente-quatre ans, cultivateur. Entré le 20 février 1895.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels.

Il y a deux ans, le malade ressentit des douleurs dans le testicule gauche; puis peu à peu une tumeur apparut au niveau de la partie inférieure du testicule et grossit jusqu'à atteindre, dit le malade, le volume d'une noix.

Les troubles de la miction remontent à treize mois. Sans douleur aucune, le malade s'aperçut qu'il urinait du sang. Il fit plusieurs fois cette remarque, mais ne souffrant pas il n'alla consulter aucun médecin. Depuis six mois, plus d'hématurie, mais mictions très fréquentes. Le jour comme la nuit, le malade est obligé d'uriner toutes les demi-heures. La douleur précède la miction, l'accompagne et la suit. Les urines sont très troubles.

Le malade se plaint d'avoir maigri beaucoup depuis ces derniers temps. Respiration rude aux sommets.

Actuellement il est pâle, maigre et sans forces. Par la palpation, on sent au niveau de la queue de son épидидyme du côté gauche un gros noyau, dur, du volume d'une grosse amande; d'autres noyaux plus petits, durs aussi, se sentent tout le long du corps de l'épididyme. Au niveau de la tête on trouve un noyau de la grosseur d'une noisette.

L'exploration à l'aide de l'explorateur métallique permet de diagnostiquer une vessie petite, irritable avec des colonnes du côté gauche. Pas de corps étrangers. Urines abondantes, troubles donnant par le repos un précipité blanchâtre très abondant.

On soumet le malade au repos absolu. Bon régime.

1^{er} mars. — L'état ne s'est pas amélioré; les mictions sont toujours très fréquentes et douloureuses, et les urines contiennent du pus en abondance.

15 mars. — Le malade a maigri encore depuis son entrée à l'hôpital. Son testicule gauche présente au niveau de l'épididyme des lésions très avancées qui pour le moment contre-indiquent l'opération.

30 mars. — Le malade souffre atrocement: il n'a pas un quart d'heure de répit; il demande une opération qui calme ses douleurs.

On la lui accorde, malgré ses lésions testiculaires avancées et son état assez cachectique.

1^{er} avril. — Taille périnéale latéralisée. Rien à signaler de particulier au sujet de l'opération.

2 avril. — Bonne nuit. Douleurs modérées. Pas de température.

4 avril. — Le malade ne souffre plus; les urines sont encore troubles et s'écoulent par le drain. Toujours pas de fièvre; le malade mange avec appétit.

15 avril. — Les douleurs n'ont point reparu. L'état général devient de jour en jour meilleur. Les urines sont maintenant claires.

1^{er} mai. — Le drain est enlevé depuis quelques jours. Le malade urine un peu par la verge sans trop de douleur.

9 mai. — Le malade a meilleur facies; une partie de l'urine sort par la fistule, une autre par le canal; cette dernière portion d'urine tantôt cause de la douleur, tantôt n'en produit pas. Mictions toutes les demi-heures.

13 mai. — Le mieux a fait des progrès; les urines sont tout à fait claires et un peu plus de la moitié passe par la verge sans occasionner de la douleur.

20 mai. — La fistule périnéale est fermée; toutes les urines passent par la verge. Avant-hier elles étaient légèrement troubles et la miction a été douloureuse. Aujourd'hui elles sont redevenues claires et le malade urine sans souffrir. Mictions toutes les heures.

25 mai. — Le malade a engraisé considérablement; il se lève presque toute la journée et se déclare on ne peut plus satisfait de l'amélioration survenue dans son état.

31 mai. — Le malade quitte l'hôpital.

15 octobre. — Le malade est mort quatre mois après sa sortie de l'hôpital de tuberculose généralisée. Les mictions n'ont point été douloureuses jusqu'à la fin de sa vie.

OBSERVATION V (Inédite).

Tuberculose testiculaire et vésicale. — Taille périnéale.

— Cessation des douleurs.

D... (Jean-Marie), quarante-deux ans, menuisier. Entre le 26 mars 1895. Pas d'antécédents héréditaires.

Rien de particulier dans les antécédents personnels jusqu'en novembre 1893; à cette époque le malade eut une affection vésicale caractérisée par des mictions fréquentes; jamais il n'urina de sang pendant les cinq ou six mois que dura sa maladie. Il fut soigné à l'hôpital de Saint-Etienne.

Au mois de mai 1894, le malade eut une pleurésie et en novembre de la même année une affection pulmonaire avec fièvre, point de côté et expectoration abondante. Depuis, le malade a toujours été un peu faible.

L'affection dont il se plaint aujourd'hui a débuté il y a trois mois par des douleurs dans la région vésicale, et des besoins d'uriner impérieux et fréquents. Toutes les heures sa vessie lui donnait la sensation de plénitude, et il urinait seulement quelques gouttes. Cependant les mictions avaient lieu facilement, sans douleur. Aujourd'hui les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents encore, il urine toutes les dix minutes et l'émission de l'urine lui produit au fond de son canal une cuisson très intense. A peine s'il a cinq minutes de rémission : le besoin d'uriner se fait sentir aussitôt, et il y résiste parce que les mictions sont douloureuses.

Les urines recueillies sont abondantes, troubles, presque laiteuses ; elles tiennent en suspension des flocons muqueux. Au fond du vase se trouve 1 centimètre environ de dépôt purulent.

A l'exploration, pas de rétrécissement du canal, vessie vide. Colonnes assez nombreuses. Pas de corps étrangers. L'exploration à la sonde métallique est assez douloureuse.

Epididyme gauche induré et bosselé au niveau de sa queue, et même dans presque toute son étendue.

A droite, induration moins prononcée, mais pourtant sensible au niveau de la queue de l'épididyme.

A l'auscultation : respiration rude et soufflante aux deux sommets.

L'état général du malade est peu satisfaisant. Repos et régime reconstituant.

1^{er} avril. — L'état douloureux ne s'est point calmé. Mictions toujours aussi fréquentes. Polyurie trouble. Le malade a uriné 4 litres dans les dernières vingt-quatre heures.

5 avril. — Même état ; l'intervention est décidée.

6 avril. — Taille périnéale bilatéralisée ; introduction d'un drain dans la vessie.

7 avril. — Nuit bonne. Pas de température. Soulagement considérable.

9 avril. — Les urines passent par le drain ; elles sont toujours très troubles ; le malade ne souffre pas autant.

12 avril. — Même état satisfaisant : l'appétit est bon.

18 avril. — Le malade présente une escarre au sacrum, cependant son état général s'est considérablement amélioré depuis l'opération et la cessation des douleurs.

23 avril. — Les urines sont moins troubles et moins abondantes ; elles passent encore par le drain. Urines d'hier recueillies : 2 l.

3 mai. — Le malade a uriné quelques gouttes par la verge ; cette miction insignifiante a été très douloureuse.

9 mai. — Il urine de plus en plus par la verge, mais se plaint de souffrances assez vives dans le canal.

15 mai. — Les douleurs à la miction se sont calmées, on enlève le drain.

25 mai. — L'escarre au sacrum est en bonne voie de guérison ; la fistule périnéale suinte à peine. Les urines sont émises par le canal sans douleur et relativement claires.

1^{er} juin. — L'état général du malade reste stationnaire, il est toujours très pâle et très fatigué, cependant il ne souffre point.

15 juin. — La fistule périnéale est complètement fermée ; hier le malade a souffert un peu en urinant : il est très impressionné et se laisse aller au découragement.

1^{er} juillet. — Les mictions sont indolores ; le malade demande à quitter l'hôpital, on le décide à rester à cause de son état général qui est peu satisfaisant.

17 juillet. — Les forces reviennent insensiblement : le malade a meilleur facies.

25 juillet. — Le malade ne ressent le besoin d'uriner que toutes les deux heures environ : il ne souffre pas. L'appétit est bien revenu.

Les noyaux épididymaires restent toujours indurés, ils n'augmentent pas.

Le malade reste encore à l'hôpital jusqu'au 21 septembre. A ce moment, son état général est très amélioré, il a engraisé, mais ce qui lui fait le plus plaisir, c'est qu'il n'urine que toutes les trois heures et sans douleur. Naturellement le pronostic pour l'avenir doit être très réservé.

CHAPITRE III

Comparaison entre la taille périnéale et la taille hypogastrique. — Raisons qui doivent faire préférer la taille périnéale. — Comment agit la taille périnéale? Importance des larges incisions prostatiques.

La cystostomie sus-pubienne est une opération que l'on a préconisée et pratiquée surtout depuis la période antiseptique : aussi a-t-elle pu enregistrer à son actif quelque succès, qui autrefois eussent été certainement de véritables malheurs opératoires. La cystostomie proprement dite, comprend cinq temps, tous très délicats, à cause des complications possibles qui peuvent suivre l'opération sur une région si voisine du péritoine.

L'antisepsie de la région est faite et le malade anesthésié on a injecté dans la vessie 200 à 250 grammes d'une solution boriquée.

1° *Section de tégument* comprenant la peau et le

tissu cellulaire sous-cutané : longueur 6 à 8 centimètres environ ;

2° Incision de la ligne blanche ;

3° Recherche de la vessie, refoulement du cul-de-sac péritonéal ; à signaler à ce sujet le procédé de M. le professeur Poncet qui consiste à reconnaître avec l'index le col de la vessie, à suivre avec ce doigt recourbé en crochet la face antérieure de la vessie, en refoulant tout ce qui n'appartient pas à sa paroi, on est assuré alors d'avoir refoulé le cul-de-sac péritonéal, si dangereux et on le maintient soigneusement avec l'index jusqu'au moment où la paroi vésicale a été incisée.

4° Ouverture de la vessie qui doit être de 10 à 12 centimètres et qu'on fera suivre d'un lavage à l'eau boriquée.

5° Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la plaie abdominale. — Ce dernier temps est à lui tout seul très long ; bien souvent en effet, on tombera sur des parois vésicales molles, friables et l'on aura des déchirures par les fils des bords de la vessie : ce qui rendra l'opération plus longue et plus ennuyeuse. Et remarquez, qu'il est indispensable de suturer, car ce temps répond à une triple indication : éviter l'infiltration d'urine, maintenir béante l'ouverture de la vessie, et enfin tapisser le méat hypogastrique d'une muqueuse pour éviter la rétraction cicatricielle.

La proximité du péritoine impose ici au chirurgien l'obligation d'agir rapidement. La rapidité de l'exécution, d'ailleurs, ainsi que le fait fréquemment remarquer M. le professeur Poncet, est en chirurgie une des premières conditions du succès. Malgré toutes les précautions dictées par la méthode antiseptique, plus l'acte

opératoire est long, plus l'infection a de chance de se produire.

Or, la cystostomie sus-pubienne, telle que nous venons de la décrire, exige au minimum un bon quart d'heure : heureux encore quand la muqueuse vésicale, en raison des fongosités qui la tapissent, ne saigne pas d'une façon incessante ; heureux quand on ne voit point survenir de cruelles complications.

Comme on le voit, une telle opération n'est point aussi simple que la taille périnéale.

Et nous attribuons ici au mot simple une signification toute particulière. Nous voulons dire qu'exigeant une anesthésie de quelques minutes seulement la taille périnéale ne peut autant influencer sur l'état général du malade, le plus souvent précaire, que la cystostomie sus-pubienne qui demande un sommeil anesthésique d'au moins vingt minutes. C'est là un bien petit argument en faveur de la taille, mais il a tout de même quelque valeur.

Ce qui est plus important à montrer ici, c'est que l'évacuation continue de la vessie se fait bien mieux dans les cas de drainage périnéal que dans les cas de cystostomie sus-pubienne. Le drain est en effet placé à la partie la plus déclive du réservoir urinaire, tout près de l'embouchure des uretères, de telle sorte que l'urine passe directement de ceux-ci dans le tube évacuateur sans stationner dans le bas-fond vésical. Et si l'évacuation spontanée doit durer longtemps, la cystostomie sus-pubienne n'a même point l'avantage, malgré la précaution si laborieuse que l'on a prise de suturer la muqueuse vésicale à la paroi abdominale, de créer une fistule permanente : celle-ci tend à l'oblitération, et on l'a vue souvent survenir au bout de

très peu de temps, si bien que les douleurs ayant reparu, intenses, en même temps que l'urine passait de nouveau par la verge, il a fallu faire une dilatation très pénible de l'orifice fistuleux fermé.

Avec la taille périnéale au contraire, grâce à de bonnes précautions antiseptiques, le drain peut être maintenu tant que l'on veut à demeure, et point n'avons-nous peur, quand nous le retirerons, d'avoir une fistule périnéale : la plaie se ferme avec une rapidité remarquable. De plus, il répugne beaucoup plus au malade de perdre ses urines par l'abdomen que par le périnée.

Puisque donc l'opération que nous tentons est avant tout palliative, qu'elle a pour but de supprimer un seul symptôme, la *douleur*, et qu'on peut arriver à ce résultat par deux voies différentes, pourquoi ne pas choisir déjà et *a priori* la plus rapide, celle qui permet d'agir efficacement avec le plus faible traumatisme ? Pourquoi, ne point donner la préférence à l'opération qui assure le mieux le repos du muscle vésical, par un drainage incontestablement plus sûr et moins gênant pour le malade.

Et il est parfaitement certain que la taille périnéale supprime tout aussi bien que la cystostomie sus-pubienne le symptôme douleur ; nos observations en font foi.

Mais avant d'étudier les effets curatifs de la taille périnéale et à ce sujet l'importance des larges incisions prostatiques, nous voudrions qu'on fût bien convaincu que M. Hartmann dans sa thèse inaugurale n'avait point le droit d'écrire la phrase suivante ; au chapitre des conclusions : « Chez l'homme jusqu'à ces derniers temps, les chirurgiens n'ont guère pratiqué que l'une quelconque des tailles périnéales. Nous pensons avec M. Guyon que la

taille hypogastrique doit leur être préférée; elle sectionne largement les plans musculaires de la vessie et surtout, point capital, permet de voir les lésions et de les traiter directement. » Ce dernier point, nous nous réservons de le discuter plus loin.

Pour le reste, M. Hartmann rapporte six observations de cystite tuberculeuse douloureuse.

Or, 1° Quatre fois la dilatation périnéale suivie de drainage a été faite et nous enregistrons un seul insuccès pour trois améliorations immédiates et persistantes;

2° Une fois la taille prérectale a été pratiquée et le malade a été aussitôt soulagé;

3° Enfin un seul malade a subi la cystostomie sus-pubienne. La guérison a suivi.

Mais pour tant que cette dernière opération ait été suivie de succès, cela ne suffit point pour prouver qu'on doive de parti pris préférer la cystostomie sus-pubienne à la taille périnéale. Une telle guérison est un fait isolé dans la thèse de M. Hartmann, et d'ailleurs on l'aurait peut-être tout aussi bien obtenue par la taille périnéale. Nous sommes d'autant plus autorisé à parler ainsi que nous-même dans les observations I et II, avons rapporté un cas de guérison tout aussi remarquable. Voilà bien un an et demi que le malade a été opéré, et jamais plus les douleurs n'ont reparu; nous avons fait remarquer qu'il avait encore simplement un peu de fréquence des mictions.

Mais, nous nous permettons de rapporter ici un résumé des observations du D^r Hartmann; on jugera sans parti pris :

OBSERVATION XVI (in thèse d'Hartmann).

*Cystite tuberculeuse douloureuse : Dilatation périnéale. —
Drainage pendant six jours. — Cessation des douleurs.
— Mort de lésions tuberculeuses trois mois et demi après
l'opération.*

Le 10 décembre 1884, le malade, âgé de trente-quatre ans, est opéré par M. Guyon, qui fait une boutonnière périnéale et dilate avec son instrument le col vésical.

Rien dans la vessie. Sonde périnéale à demeure.

16 décembre. — On enlève la sonde qui gêne le malade. Depuis l'opération, le malade n'a plus souffert et le sang a disparu de l'urine.

1^{er} janvier 1885. — La vessie continue à aller bien, mictions toutes les deux heures, indolentes. L'urine coule partiellement par la fistule. Mais le malade se plaint de douleurs lombaires.

23 janvier. — L'urine cesse de couler par la plaie périnéale qui s'est cicatrisée.

30 janvier. — Depuis quelques jours l'urine est un peu teintée de sang. Hier après-midi, deux heures après avoir uriné, il a ressenti des douleurs, qu'il compare à des brûlures au-dessus de l'aîne gauche, a uriné et la miction a été suivie de l'émission d'une petite quantité de sang accompagnée de douleurs vives. Ces symptômes ne se sont pas reproduits les jours suivants.

29 février. — Douleurs lombaires gauches plus considérables encore, revenant à intervalles variés, sans rapport avec la miction. Abscès du rein gauche. Ponction avec l'aspirateur Potain, évacuation de 300 grammes de pus.

11 mars. — Ce matin, pendant la miction, un peu d'urine a passé par le périnée.

15 mars. — Il coule toujours par la fistule une grande quantité

d'urine au moment des mictions qui ne sont pas douloureuses, un peu filtre même dans leur intervalle.

21 mars. — Mort de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XVII (*in* thèse d'Hartmann).

Cystite tuberculeuse. — Dilatation périnéale : Peu d'amélioration.

Malade de quarante-huit ans. Dilatation périnéale le 29 avril 1885 par Guyon. A la suite de l'opération, le malade ne paraît pas soulagé; il n'a pas de fièvre.

2 mai. — Le malade accuse moins d'envies fréquentes d'uriner et moins de douleurs depuis l'opération, il urine quelquefois par la verge; il sent le besoin d'uriner, est resté une fois une heure sans uriner, urine deux à trois cuillerées à la fois.

4 mai. — Journée tranquille. L'appétit est revenu, les douleurs sont moins vives, le malade urine par le périnée.

6 mai. — La nuit a été mauvaise, le malade dit souffrir autant qu'avant l'opération, cependant il n'a plus d'envies d'uriner.

7 mai. — Le malade a uriné une fois de plus par la verge, sans douleur. Constipation depuis deux jours. Bon appétit. Pas de fièvre.

8 mai. — A uriné assez bien par la verge. Peu de douleurs vésicales.

9 mai. — N'a pas uriné par la plaie périnéale; toute l'urine s'est écoulée par la verge, au dire du malade. Dix mictions dans la journée, un peu de sang.

11 mai. — Une miction toutes les heures, il ne s'écoule plus d'urine par la plaie périnéale. Amélioration.

12 mai. — La nuit a été assez mauvaise.

13 mai. — N'a pas émis d'urine par le périnée depuis trois ou quatre jours. Cette nuit les mictions ont été douloureuses et plus fréquentes.

14 mai. — Même état. Mictions très fréquentes et douloureuses surtout la nuit. Il ne s'écoule pas d'urine par le périnée.

16 mai. — Hier, quelques gouttes de sang à la fin de la miction. Nuit un peu meilleure.

17 mai. — Nuit mauvaise. Tuméfaction douloureuse au périnée. Cataplasme.

18 mai. — Un peu d'infiltration d'urine dans le périnée. Mictions fréquentes et douloureuses, urines légèrement troubles, quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

20 mai. — Toujours mêmes douleurs, pas de sommeil la nuit. Mictions toutes les heures. Le malade est toujours mieux le matin et dans la journée. La petite boule d'induration périnéale a diminué, la plaie périnéale est fermée.

22 mai. — Nuit meilleure. Deux mictions seulement depuis minuit.

23 mai. — Le malade se plaint moins depuis deux jours. Il sort le 24 mai 1885 sur sa demande.

OBSERVATION XVIII (*in* thèse d'Hartmann).

Cystite douloureuse de nature tuberculeuse. — Dilatation périnéale. — Drainage pendant six jours. — Amélioration.

Malade de quarante ans.

Le 23 juillet 1885, dilatation périnéale par Guyon. Amélioration immédiate.

Changement de la sonde qui ne fonctionne pas régulièrement. Le malade se plaint de fréquentes envies d'uriner, moins fréquentes qu'autrefois cependant, mais prétend souffrir encore plus qu'avant l'opération.

28 juillet. — La sonde a assez bien fonctionné et le malade a peu souffert.

29 juillet. — Ablation de la sonde, le malade est dans un état

satisfaisant toute la journée, l'urine s'écoule par la plaie sans douleur et elle est très claire.

1^{er} août. — Il y a un réel soulagement depuis l'opération. Un centigramme de morphine chaque soir. Les urines passent toujours partie par la plaie, partie par la verge. Envies d'uriner, mais non douloureuses.

Le malade a dormi cette nuit trois heures sans être réveillé par le besoin d'uriner; l'appétit revient.

7 août. — Le malade est toujours soulagé. Il urine aussi fréquemment, mais sans aucune douleur. Toute l'urine passe par la verge depuis trois jours.

13 août. — Grande amélioration. Pas de douleurs. Miction toutes les demi-heures seulement; pendant la nuit, les urines sont encore moins fréquentes.

15 août. — Le malade quitte l'hôpital, satisfait de son état.

OBSERVATION XIX (*in* thèse d'Hartmann).

Cystite tuberculeuse douloureuse. — Dilatation périnéale. — Cessation des douleurs. — Mort par suite de l'évolution de la tuberculose.

Malade de quarante ans, opéré par le Dr Thiele de Valparaiso. Soulagement immédiat. Il succombe douze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXIV (*in* thèse d'Hartmann).

Cystite douloureuse de nature tuberculeuse. — Taille prérectale. — Cessation des douleurs. — Mort huit mois après par suite de l'extension des lésions tuberculeuses.

Malade de vingt-huit ans, entré le 14 janvier 1886 dans le service de M. le professeur Verneuil.

Le 10 mars, M. Verneuil pratique la taille prérectale au thermo cautère ; le doigt introduit dans la vessie pratique une large dilatation du col ; une sonde en caoutchouc rouge est laissée dans la plaie périnéale dont le reste est comblé avec de la gaze iodoformée.

11 mars. — Les envies d'uriner sont peu fréquentes ; l'état général est très satisfaisant, les douleurs ont à peu près disparu.

12 mars. — Douleurs sourdes dans la région lombaire gauche, on l'attribue à la néphrite. Pas de douleurs au périnée ; vives douleurs cuissons dans le canal de l'urètre ; surtout au niveau du gland, injection de cocaïne sans résultat.

15 mars. — Douleurs lombaires vives : vingt ventouse sèches.

18 mars. — Légère dyspnée, point de côté à gauche, râles sibilants à la base des deux poumons.

1^{er} mai. — Râles humides aux deux sommets, surtout à gauche. L'urine passe complètement par le périnée dont la plaie est fistuleuse, petite ; les besoins sont un peu fréquents.

14 mai. — Le toucher rectal permet de constater que la prostate est notablement moins grosse et moins irrégulière qu'avant l'opération ; la miction est peu douloureuse.

1^{er} novembre. — La fistule périnéale persiste et laisse écouler la plus grande partie de l'urine : pas de douleurs vésicales.

16 novembre. — Mort de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XXII (*in* thèse d'Hartmann).

Cystite tuberculeuse douloureuse. — Morphinomanie. — Taille hypogastrique. — Drainage de la vessie pendant dix-sept jours. — Guérison.

T..., vingt-quatre ans, peintre en éventails, entré le 7 janvier 1885, dans le service de M. Guyon.

Vu la gravité de l'état du malade et l'intensité des douleurs d'une part, l'absence de lésions générales appréciables, d'autre

part, M. Guyon se décide à lui pratiquer la taille hypogastrique, le 8 juillet 1885.

La vessie se détend facilement, on n'y injecte du reste que 150 à 200 grammes de liquide, 4 à 500 grammes sont injectés dans le ballon rectal. La vessie fait peu de saillie à l'hypogastre. Rien de particulier dans l'incision superficielle. La vessie est peu tendue. On l'incise et on passe à travers chacune des lèvres de la plaie vésicale un fort fil de soie qui sert à l'attirer au voisinage de la plaie abdominale. Grâce au spéculum Bazy, on voit la face interne de la vessie qui est petite, rouge foncé, mamelonnée, comme framboisée.

Le col est dilaté avec l'extrémité du doigt, la cavité vésicale couverte d'une couche d'huile iodoformée.

Réunion de la plaie superficielle. Siphonnage de la vessie avec deux tubes.

La vessie est suspendue aux lèvres de la plaie par les fils de soie.

9 juillet. — Pas de réaction fébrile. Le pansement a été mouillé, les couches extérieures seules sont changées. Todd, glace, 4 centigrammes de morphine.

Les jours suivants il y a une amélioration réelle.

15 avril. — Les mictions, qui au moment de l'ablation de la sonde étaient très rapprochées, se sont un peu espacées. Dans la journée; le malade urine toutes les vingt minutes, dans la nuit, toutes les heures. A la fin de la miction, il ressent une douleur assez vive.

26 août. — Quitte l'hôpital, pouvant se lever, se promener, mangeant bien et ayant notablement engraisé, bien qu'il ait continué à prendre en cachette des injections de morphine.

Miction toutes les heures le jour, toutes les deux heures la nuit; à la fin de la miction, douleur supportable, rapportée profondément et dans la verge. Les urines laissent toujours un dépôt mais peu abondant.

Décembre 1886. — Revu, le malade allait bien; les doses de morphine étaient considérablement éliminées, mais n'étaient pas entièrement supprimées.

Nous serions certes heureux de trouver de meilleurs arguments dans la thèse du D^r Ogier sur le traitement des cystites tuberculeuses par la cystostomie sus-pubienne, thèse inspirée par le professeur Poncet. Or le D^r Ogier écrit : « La cystostomie sus-pubienne mérite-t-elle d'être considérée comme une opération curative ? Nos observations ne nous permettent pas de le croire, les malades qui avaient été opérés depuis un certain temps, et que nous avons recherchés, sont morts quelques mois ou quelques années après la taille vésicale. Il est probable que des lésions ascendantes sont survenues, ou qu'elles ont continué leur marche sans parler d'une généralisation tuberculeuse toujours possible chez de tels sujets. »

Suivent cinq observations inédites dont voici le résumé très succinct :

OBSERVATION I (thèse d'Ogier, Lyon, 1892). — *Cystite tuberculeuse : Taille sus-pubienne. — Cessation absolue des douleurs. — Urètre contre nature ayant persisté dix mois durant. — Les douleurs réapparaissent avec la fermeture de la fistule hypogastrique.*

OBSERVATION II (in thèse d'Ogier). — *Cystite tuberculeuse et tuberculose testiculaire. — Mictions très fréquentes : Cystostomie. — Cessation absolue des souffrances qui ne se reproduisent pas jusqu'à la mort, trois mois et demi après l'opération.*

OBSERVATION III (in thèse d'Ogier). — *Cystite tuberculeuse. — Ténésme vésical : Cystostomie. — Peu d'amélioration.*

OBSERVATION IV (in thèse d'Ogier). — *Cystite tuberculeuse. — Rétrécissement urétral. — Prostate supprimée et écoule-*

ment de pus par l'urètre. — Cystostomie : Soulagement, mais état précaire du malade.

OBSERVATION V (*in* thèse d'Ogier). — *Cystite tuberculeuse survenue dans le cours de tuberculoses locales multiples. — Ostéite tuberculeuse de l'os iliaque droit, d'une ténacité désespérante ayant nécessité à des intervalles plus ou moins éloignés douze interventions chirurgicales. — Cystostomie sus-pubienne pour douleurs continues. — Etat désespéré du malade.*

Rappelons maintenant, ce sont toujours des arguments qui doivent nous faire préférer la taille périnéale, que le drainage de la vessie par le périnée, son incision, sont depuis des années entrés dans la pratique courante des chirurgiens anglais et américains. Il suffit de lire les comptes rendus des opérations chirurgicales pratiquées à Londres pour être frappé de la facilité avec laquelle on y draine la vessie. Toutes les fois qu'un malade a des symptômes vésicaux douloureux ne s'améliorant pas par le traitement habituel, on fend le périnée et introduisant le doigt dans la plaie, on cherche s'il ne s'y trouve rien. Généralement on ne trouve rien. Le chirurgien a fait une opération exploratrice négative. Son opération va cependant devenir curative en un certain sens :

Il suffit en effet de laisser à demeure pendant quelque temps un drain pénétrant bien dans la vessie, pour voir très rapidement les symptômes très douloureux s'amender.

Et il nous semble à ce propos que l'on pourrait parfaitement assimiler l'ouverture de la vessie dans la cystite tuberculeuse à l'ouverture du péritoine dans la péritonite tuberculeuse. Quelle que soit l'explication pathogénique

que l'on puisse donner du mode d'action de la laparotomie, il n'en est pas moins vrai que 60 fois sur 100 (thèse du D^r Pic, Lyon) les malades ont été améliorés ou guéris.

Semblable phénomène pourrait bien à notre avis se produire pour la vessie : une fois mise au repos par la section des muscles vésical et urétral, et l'établissement d'un bon drainage, pourquoi les lésions tuberculeuses, ulcérations ou tubercules crus, ne subiraient-elles pas une espèce de rétrocession à la suite d'un processus modificateur quelconque ?

Nous savons, de par les quelques notions d'anatomie pathologique que nous avons placées au début du premier chapitre, que les productions tuberculeuses se trouvent en plus grande quantité dans le bas-fond vésical, au niveau du triangle de Lieutaud, directement au-dessus de la prostate. Aussi serions-nous assez tenté d'admettre que grâce aux larges incisions vésicales, parallèles d'ailleurs aux incisions prostatiques, il se produit dans la vessie des modifications circulatoires qui ont un certain effet curatif sur les foyers tuberculeux.

Une telle explication pathogénique n'a rien que de très vraisemblable ; elle concorde d'ailleurs parfaitement avec ce que nous savons des lésions tuberculeuses pulmonaires, en général : c'est en effet un fait certain et bien démontré que les maladies du cœur droit, qui s'accompagnent de congestion sanguine dans les poumons, sont en quelque sorte incompatibles avec le développement de la tuberculose pulmonaire, elles peuvent même en amener la rétrocession.

Or, la cystotomie sus-pubienne modifie bien l'état de circulation du muscle vésical, mais moins certainement que la taille périnéale bilatéralisée, dans laquelle les deux

larges incisions obliques, portent en plein foyer d'inflammation tuberculeuse, là précisément où il est nécessaire de produire un afflux sanguin considérable.

De là, d'ailleurs, l'importance des incisions prostatiques, importance que nous avons cru devoir annoncer en tête de ce travail.

Et maintenant nous n'aurions rien à ajouter à ce chapitre, si désireux d'établir des conclusions légitimes, il ne nous restait entre les mains, en faveur de la taille périnéale, un dernier argument décisif. Nous savons de par les conclusions de la thèse d'Hartmann, et de par ses différents écrits, que, depuis 1886, le professeur Guyon avait donné la préférence à la voie hypogastrique sur la voie périnéale pour intervenir dans les cas de cystite tuberculeuse douloureuse. Or, à propos « du diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie », il écrit le 25 avril de cette année, dans les *Annales des organes génito-urinaires*, une longue et remarquable clinique, dont nous demandons la permission de rapporter ici la fin :

« J'arrive à la partie thérapeutique de cette leçon, et je dois maintenant vous exposer les raisons qui m'ont conduit à préférer la boutonnière périnéale à la taille hypogastrique. Vous savez, combien je me suis attaché à défendre pour la cure des néoplasmes vésicaux, la seconde contre la première, me séparant en cela de sir Thompson, partisan déclaré de la taille périnéale. Aujourd'hui la faveur des chirurgiens est définitivement acquise à la taille hypogastrique ; sir Thompson lui-même, en 1885, a modifié ses premières opinions et se montre disposé à recourir à la cystostomie sus-pubienne.

« Mais ici, ainsi que j'ai pris soin de vous l'indiquer au début, il ne s'agit pas d'un traitement curateur. L'infiltration présumée de la tumeur dans les parois vésicales s'oppose à toute tentative d'extirpation radicale ; d'où la nécessité de nous borner à une intervention palliative ; celle-ci ne peut être qu'une incision destinée à supprimer les fonctions de la vessie, à la mettre au repos, à assurer en d'autres termes la sédation de l'organe et l'atténuation de l'état douloureux. Le bénéfice que l'on retire d'une intervention ainsi conduite m'a paru évident dans bon nombre de cystites douloureuses et vous avez pu voir dans ces derniers temps plusieurs malades dont les souffrances ont été très diminuées par le traitement.

« Mais ici encore, nous nous trouvons en présence des deux méthodes que nous venons de comparer : la boutonnière périnéale et l'incision hypogastrique. Or, je crois qu'en cas d'intervention palliative, cette dernière perd sa supériorité et que l'incision périnéale doit reprendre ses droits que les brillants résultats obtenus dans d'autres cas par la méthode sus-pubienne ont peut-être fait un peu trop oublier. Comme avantages spéciaux à la boutonnière périnéale, je vois la possibilité d'établir un drainage plus effectif et plus durable de la vessie ; la fermeture plus rapide de la fistule quand l'état douloureux est calmé.

« Du reste, revenu depuis quelque temps à l'incision du périnée pour le traitement des états douloureux de la vessie, j'ai pu vous faire apprécier les bons résultats de cette méthode et à plusieurs cas qui nous sont connus, je puis ajouter celui du malade que j'ai pu opérer il y a quinze jours.

« Atteint d'une cystite tuberculeuse extrêmement

douloureuse avec hématurie et retentissement sur le rein, se traduisant par la polyurie, il a vu cinq ou six jours après l'opération son état s'améliorer rapidement, tellement qu'aujourd'hui la douleur a complètement disparu, de même que les hématuries la polyurie a bien diminué et l'appétit est revenu en même temps que s'atténuaient les troubles fonctionnels. »

De telles paroles se passent aisément de commentaires ; d'ailleurs, il nous serait possible de multiplier les citations : nous nous contenterons d'une dernière. Dans ses *Leçons cliniques*, le professeur Guyon dit encore : « Pourquoi maintenant, chez les tuberculeux vésicaux, préférons-nous la voie périnéale à la voie hypogastrique ? *Parce que la taille hypogastrique a déjà été faite sans donner de résultats satisfaisants, parce que les insuccès par cette voie sont nombreux, parce qu'enfin je crois la voie périnéale meilleure.* Une autre raison qui me fait encore préférer la voie périnéale, c'est que, lorsqu'on fait une fistule par l'hypogastre, on a de nombreuses difficultés avant d'en obtenir la guérison complète. »

CHAPITRE IV

Le curetage du bas-fond vésical.

Critique de ce procédé.

Dans le chapitre III nous avons laissé de côté, à dessein d'ailleurs, une très intéressante question qu'il importe maintenant d'étudier. Grâce à la cystostomie sus-pubienne, lit-on assez couramment partout, on peut voir et explorer très bien le bas de la vessie, pour peu qu'on ait un éclairage convenable, une lampe électrique à réflecteur par exemple.

Avantage énorme et incontestable du moins pour le professeur Guyon (opinion de 1887) et son élève le Dr Hartmann, car sur les lésions tuberculeuses parfaitement bien vues, on pourra agir directement et facilement par le grattage, le curetage, le thermo-cautère, les caustiques de toutes sortes, en un mot par le fer et le feu. Et depuis 1887, où il annonça dans ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, qu'il renonce définitivement à la boutonnière périnéale avec dilatation consé-

cutive du col, le professeur Guyon a poursuivi la cure radicale de la tuberculose vésicale, cure qui repose essentiellement sur la destruction minutieuse de la muqueuse de la vessie : « Il faut, nous dit-il, la racler soigneusement avec la curette, puis promener le fer rouge à sa surface ».

Mais agir ainsi, c'est oublier que dans la cystite tuberculeuse, de l'avis de la plupart des chirurgiens, il ne faut pas parler de guérison, il faut se contenter de quelques succès temporaires. Bien plus, une vessie tuberculeuse, de l'avis de M. le professeur Poncet, est avant tout au point de vue de son traitement un *noli me tangere* qu'il faut une fois pour toutes condamner au repos, sans lui faire subir le contact ni d'instruments, ni de liquides irritants.

Nous avons déjà suffisamment insisté sur la nécessité de rechercher avant tout une action palliative : en présence de l'exagération du symptôme douleur, c'est moins la maladie que sa manifestation que nous devons avoir en vue. Autant que possible, point de violents traumatismes opératoires ; il importe beaucoup, au moment de l'intervention qui est presque toujours tardive, de ménager les forces épuisées du malade, de peur de donner un coup de fouet à la maladie et de hâter encore une fin qui n'est que trop prochaine.

Et naturellement la pratique du professeur Guyon est fertile en insuccès de toutes sortes. A ce sujet, nous ne saurions mieux faire que de résumer une communication du Dr Vigneron, au Congrès de chirurgie de 1893 : *Sur les résultats obtenus par l'intervention dans les cas de cystites tuberculeuses*. Sur sept cas de malades ayant subi l'opération de la cystostomie sus-pubienne et ensuite le

curetage ou l'excision de la muqueuse malade, chez lesquels on a cherché à modifier les lésions par l'écouvillonnage à la gaze iodoformée, les cautérisations au thermocautère ou au chlorure de zinc, ou le tamponnement vésical, on a obtenu les résultats suivants : Deux fois la suture primitive de la vessie a été faite. La réunion a manqué une fois, la fistule s'est fermée et le malade est resté avec des symptômes douloureux à peine atténués : il n'a pas eu d'hématuries. Chez le second, la réunion par première intention a eu lieu, mais ultérieurement s'est formée une collection sus-pubienne suivie de fistule hypogastrique et la mort est survenue au bout de quatre mois.

Chez les cinq autres, on a tenté la suture de la vessie à la paroi abdominale pour produire une fistule vésicale, quatre fois le résultat immédiat a été satisfaisant, mais l'amélioration n'a duré que le temps de la fistule : une fois celle-ci fermée, les symptômes se sont montrés de nouveau; trois malades sont morts au bout de quelques mois; deux survivants sont dans un état très précaire.

De même, Verhoogen dans les *Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 juin 1893, cite à l'appui du traitement des cystites chroniques rebelles par le curetage de la vessie, sept observations : quatre se rapportent à des cystites non tuberculeuses qui ont été guéries et les trois dernières à des lésions tuberculeuses. Ici il n'y a eu qu'une légère amélioration, deux fois la mort a suivi l'opération à brève échéance.

Enfin, toujours dans le même ordre d'idées, A. Southam, chirurgien de l'hôpital royal de Manchester, écrit dans la *Lancette*, de novembre 1893 : « Une autre caté-

gorie de cas dans lesquels la cystostomie sus-pubienne s'impose comprend les cas sévères et rebelles de cystites chroniques, surtout de cystites tuberculeuses douloureuses, avec ulcérations de la vessie. Ici, l'opération n'est pas seulement utile en ce sens qu'elle permet de drainer efficacement la vessie et d'y faire des injections, mais encore elle permet de voir les ulcérations et de porter sur elles la curette et le thermo-cautère. J'ai eu l'occasion de pratiquer la cystostomie sus-pubienne dans un cas de ce genre : le patient, atteint d'une tuberculose générale avancée, en outre des symptômes ordinaires de cystite, présentait une hématurie très douloureuse. L'opération fut suivie d'amélioration immédiate, mais le patient, très épuisé auparavant, mourut le lendemain. »

Nous ne pouvons, dans ce dernier cas, nous empêcher de faire remarquer que cette amélioration immédiate dont parle le D^r A. Southam fut de bien courte durée.

Il suffira certainement de tels extraits et nous doutons beaucoup qu'après de pareils résultats, si peu encourageants dans l'espèce, les chirurgiens soient encore portés à multiplier les tentatives de grattage ou de curetage des vessies tuberculeuses.

D'ailleurs, après six ou sept ans de cette pratique malheureuse, le professeur Guyon, dans cette même clinique déjà citée, insérée dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, du 15 avril 1895, confesse tout à la fin : « Quant à la question d'un curetage complémentaire de la vessie, je la réserve jusqu'au moment de l'intervention, subordonnant ses indications au degré de développement de la lésion. Si celle-ci me paraît pouvoir être avantageusement modifiée par cette manœuvre, si

surtout les lésions de cystite paraissent prédominantes, je n'aurai garde de me priver de cette ressource. Au cas contraire et surtout si le degré avancé de la lésion pouvait faire craindre que le traumatisme causé par le curetage fût suivi d'hémorragies sérieuses, je m'abstiendrai.»

Ces sages paroles sont pour nous tout un aveu et nous pouvons déjà assurer que M. Guyon s'abstiendra souvent, pour ne pas dire toujours; car jamais, quand on est obligé d'intervenir, les lésions de cystite sont seules prédominantes, l'appareil génital est depuis longtemps atteint, les épидidymes, la prostate et les vésicules séminales sont envahies.

Encore une fois, c'est à cause de l'aggravation du symptôme douleur, de sa résistance à toutes les médications, qu'on se résigne à une intervention sanglante, et ce symptôme annonce que la cystite est entrée dans sa dernière phase.

Qu'on ne vienne donc plus nous dire que la cystostomie sus-pubienne est préférable à la taille périnéale, parce qu'elle permet facilement l'exploration et le curetage des lésions tuberculeuses. Nous affirmons hautement qu'on ne doit point toucher à la muqueuse vésicale; c'est l'avis de notre maître, M. le professeur Augagneur.

Et il nous vient à l'idée une comparaison très juste, que nous lui avons souvent entendu faire, entre le lupus et la tuberculose vésicale. Le lupus est certainement une tuberculose très bénigne de la peau, et cependant combien n'est-il pas rebelle aux traitements modificateurs! Il faut, le plus souvent, porter plusieurs fois la curette sur la lésion et ensuite cautériser très énergiquement au thermo-cautère pour arriver à détruire les follicules tuberculeux très

peu nombreux et très peu profonds. Or, dans la vessie, les productions tuberculeuses sont très confluentes et quoi-
qu'elles soient développés dans les couches les plus superficielles de la muqueuse, elles adhèrent fortement à celle-ci. On ne peut donc point, même par un curetage très minutieux, espérer les enlever complètement et, *a priori*, cette opération est inutile.

Il est bien évident que nous rejetons également toutes les tentatives d'extirpation de la muqueuse vésicale que l'on a faites ces derniers temps : on nous étonnerait profondément en nous citant un seul succès.

Mais du moins M. le professeur Poncet, s'il pense qu'on ne doit point toucher à la muqueuse vésicale, reste bien convaincu que la cystostomie sus-pubienne est le traitement de choix de certaines hémorragies graves, rebelles, que l'on rencontre associées à une douleur extrême chez certains tuberculeux vésicaux.

Nous nous permettons, malgré la grande autorité qui s'attache au nom de ce maître si éminent, de discuter une pareille opinion. Nous avons déjà fait remarquer, en nous basant d'ailleurs sur le travail inaugural du D^r. Tuffier que les hématuries qui surviennent au cours de la cystite tuberculeuse douloureuse sont le plus souvent d'origine congestive. Et nous ajoutons maintenant : dans ces cas la congestion dépend en grande partie de l'afflux vasculaire que déterminent dans les tuniques de la vessie ses contractions répétées et souvent même résulte directement de la contracture de cet appareil musculaire qui exprime en quelque sorte la muqueuse sous-jacente. Il est évident que la simple évacuation continue de la vessie a chez les malades atteints d'hématurie une valeur thérapeutique des

plus grandes. Supprimant les contractions vésicales, elle fait cesser la congestion et l'hématurie qui les accompagnent. C'est là un fait qu'on ne dit pas assez et qui est des plus nets : dès que l'évacuation continue de la vessie est assurée, l'hématurie cesse.

Or la taille périnéale avec drainage consécutif, que l'on maintient tant qu'il est nécessaire, assure bien mieux que la cystostomie sus-pubienne l'évacuation continue de la vessie, nous l'avons montré dans le précédent chapitre.

D'ailleurs notre observation III nous offre un bel exemple d'hématuries rebelles et douloureuses parfaitement guéries par la taille périnéale.

Et ainsi sommes-nous encore amené en dernier lieu à conclure en faveur de cette opération.

CONCLUSIONS

I. La douleur, si pénible dans certains cas de cystite tuberculeuse, suffit à elle seule pour justifier une intervention chirurgicale. Les hématuries répétées peuvent également justifier une opération.

II. Les divers procédés de taille suppriment la douleur, momentanément parfois, quelquefois d'une façon définitive.

III. A la suite de l'intervention, on peut observer un arrêt complet de la tuberculose et une guérison persistante (obs. I et II.)

IV. La taille périnéale, latéralisée ou mieux bilatéralisée, est le procédé de choix.

V. La taille périnéale n'agit pas seulement sur l'élément douleur, par la section du sphincter urétral et le repos consécutif à l'existence d'une fistule, elle est *curative par les modifications circulatoires consécutives à la large incision des foyers tuberculeux.*

VI. Le curetage des foyers tuberculeux est dangereux et paraît inefficace.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
AUGAGNEUR.

Vu, bon et permis d'imprimer,
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer,
LE DOYEN,
LORTET.

BIBLIOGRAPHIE

1727. François Collot. — *Œuvres posthumes*.
1868. Emmet. — *De la fistule vésico-vaginale*.
1880. Pineda. — Thèse de Paris.
1881. Grinfelt. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*.
1883. Thompson. — *Œuvres*.
1884. Terrillon. — *Progrès médical*, 20 septembre.
1885. Guyon. — *Gazette médicale de Paris*, 11 avril.
1885. Tuffier. — Thèse de Paris.
1887. Hartmann. — Thèse de Paris.
1887. Guyon. — *Progrès médical*, 16 juillet.
1887. *The Lancet*, 14 mai.
1887. Poncet. — *Province médicale*, 23 juillet.
1887. Millière. — Thèse de Lyon n° 388.
1887. *Wien med. Press*, n° 35.
1887. Segond. — *Semaine médicale*, 14 décembre.
1888. *Journal de médecine de Paris*, 28 juillet.
1888. Guiard. — *Journal de médecine de Paris*, 9 septembre.
1888. Guyon. — *Affections chirurgicales de la vessie*.
1889. Reverdin. — *Annales mal. des org. génito-urinaires*.
1889. Guyon. — *Revue de chirurgie*, p. 937.

1890. Walker. — *New-York med. journ.*
1891. Poncet. — *Mercredi médical*, 16 août.
1892. Bockanowicz. — Thèse de Paris, 11 février.
1892. Banjo. — *Journ. of. cut. dis.*, mai.
1892. Duplay. — *Semaine médicale*, 18 mai.
1892. Pousson. — *Gaz. des Hôpitaux*, 30 avril.
1892. Ogier. — Thèse de Lyon.
1892. Bell. — *Journ. of. cut. dis.*, août.
1893. *The Lancet*, 18 mars.
1893. Boekel. — *Gaz. de Strasbourg*, 1^{er} mai.
1893. Vignerot. — *Mercredi médical*, 26 avril.
1893. *Médecine moderne*, 2 janvier.
1893. Catrou. — Thèse de Paris, 8 juin.
1895. Miranda. — Thèse de Paris, 4 avril.
1895. Guyon. — *Annales des mal. des organes génito-urin.*
Avril.
1895. Auneau. — Thèse de Paris, 25 mai
Dictionnaire encyclopédique. — Art. CYSTOSTOMIE.
Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Art.
TAILLE.
Leçons cliniques de Guyon, 1886-1887.
Chauvel. — *Précis d'opérations de chirurgie*.
Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie*, t. VII.
Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques.
(Années 1892-93-94-95).
Revue des sciences médicales, t. XXXII, XXXIII, XXXIV,
XXXV, XXXIX, XLI.
-

TABLE

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Symptômes de la cystite tuberculeuse. — Importance du symptôme douleur. — Sa pathogénie. — Indications opératoires	9
CHAPITRE II. — Taille périnéale dans la cystite tuberculeuse. — Historique. — Procédés employés à l'Antiquaille et par le professeur Guyon. — Observations inédites.	19
CHAPITRE III. — Comparaison entre la taille périnéale et la taille hypogastrique. — Raisons qui doivent faire préférer la taille périnéale. — Comment agit la taille périnéale? — Importance des larges incisions prostatiques.	39
CHAPITRE IV. — Le curetage du bas-fond vésical. — Critique de ce procédé	56
CONCLUSIONS	63
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	65

